



Le damos la bienvenida a nuestra Red

¿Qué son todos estos trámites?

- Somos parte de una red de programas sin fines de lucro para distribución de alimentos en todo el estado, los cuales ofrecen comida sin costo a nuestras comunidades.
- Usamos un programa de registro llamado Link2Feed.
- La información que ingresamos a Link2Feed ayuda a nuestra despensa y a nuestra red a solicitar financiación a través de subvenciones, mejorar nuestros programas y procurar conseguir otros recursos que puedan ser de utilidad.
- Cualquier información que usted comparta es confidencial y se mantendrá en privado dentro de nuestra red y no se usará para cambiar los servicios que usted recibe aquí ni a través de otros programas.
- No somos un programa gubernamental. Ninguna información personal se compartirá con el gobierno ni con otra organización ajenas.
- Debido a que este programa se comparte en nuestra red, usted solo necesitará proporcionar su información una sola ocasión en cualquiera de las sucursales de nuestros socios, usando Link2Feed.
- Si usted recibe una tarjeta de Link2Feed, puede usarla en cualquiera de las sucursales utilizando Link2Feed.
- Registrarse en Link2Feed es opcional y no es obligatorio para recibir alimentos.
- Si tiene preguntas, o si quiere revisar el formulario con alguien, o si necesita ayuda para llenar el formulario, por favor, pida la asistencia de un miembro del personal o de un voluntario en el lugar. Con gusto le ayudaremos.

Cómo llenar el formulario:

- Las preguntas en la primera página (en el frente y en el dorso) son sobre usted. No olvide el dorso de la página.
- La segunda página (en el frente y en el dorso) es sobre los miembros adicionales de su hogar con los que usted comparte los alimentos (cónyuge, hijos, otros familiares, etc.). Puede incluir a tres personas por cada lado de la página. Si usted tiene una unidad familiar de más de 7 personas, por favor, pida una hoja extra.
- La información más importante que debe proporcionar es el nombre, el apellido, y la fecha de nacimiento de cada persona con la que comparte los alimentos, para saber a cuántas personas llegan nuestros servicios. Su información también se mantiene de forma confidencial y en privado y no se usará para restringir los servicios.
- Si usted no quiere contestar algunas de las preguntas, puede marcar la casilla que dice “no revelado”. Si no ve la opción de la casilla “no revelado” para alguna pregunta, por favor, pregunte a un miembro del personal o a un voluntario sobre otras opciones.
- Si puede hacerlo, por favor, escriba claramente, en letra de molde, en inglés.

Cuando termine:

- Entregue este formulario a un miembro del personal o a un voluntario para su revisión. Ellos se asegurarán de que puedan leer las respuestas proporcionadas y de que haya una respuesta marcada en cada casilla.

¡Muchas gracias por su ayuda!

La información recolectada se usará solo dentro de la red de despensas del Banco de Comida de Oregon y permanecerá anónima a terceros. Esta información no se compartirá con el gobierno ni se usará para restringir los servicios que usted recibe. Somos un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. No se le negará ningún servicio si usted decide no llenar este formulario. Gracias por su ayuda.

a. ¿Cuándo fue la primera vez que tuvo acceso al Banco de Comida? Fecha: _____ (Puede dar una fecha estimada)			
b. Apellido: _____		c. Nombre: _____	
d. Fecha de nacimiento: ___/___/___ (mm/dd/aaaa)		e. ¿Esta fecha de nacimiento es estimada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
f. Género: <input type="checkbox"/> Femenino ⁰² <input type="checkbox"/> Masculino ⁰¹ <input type="checkbox"/> Transgénero ⁰³ <input type="checkbox"/> Otro ⁰⁵ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ⁰⁴			
g. Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero ⁰¹ <input type="checkbox"/> Pareja de unión consensual o de hecho ^(Common-law) ⁰² <input type="checkbox"/> Separado ⁰³ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ⁰⁴ <input type="checkbox"/> Casado ⁰⁵ <input type="checkbox"/> Divorciado ⁰⁶ <input type="checkbox"/> Viudo ⁰⁷			
h. Dirección: _____			
i. Dirección (Línea 2): _____		j. Condado: _____	
k. Ciudad: _____		l. Estado: _____	m. Código postal: _____
<input type="checkbox"/> Sin dirección fija/ Sin repuesta			
n. ¿Cuál es tu tipo de vivienda actual? (Elija solo una opción)			
<input type="checkbox"/> Campamento ⁰¹	<input type="checkbox"/> Vehículo ⁰⁶	<input type="checkbox"/> Casa propia ¹¹	
<input type="checkbox"/> Casa de transición ⁰²	<input type="checkbox"/> Centro de calentamiento ⁰⁷	<input type="checkbox"/> Casa de renta privada/ renta ¹²	
<input type="checkbox"/> Casa móvil ¹⁶	<input type="checkbox"/> Albergue de emergencia/de transición/misión ⁰⁸	<input type="checkbox"/> Vivienda pública (social) ¹³	
<input type="checkbox"/> Motel/Hotel ⁰³	<input type="checkbox"/> Evacuado ⁰⁹	<input type="checkbox"/> Con familia/amigos ¹⁴	
<input type="checkbox"/> Instalación residencial de tratamiento o vivienda supervisada ⁰⁴	<input type="checkbox"/> Desalojado ¹⁰	<input type="checkbox"/> Hogar / Albergue para jóvenes ¹⁵	
		<input type="checkbox"/> Otro ¹⁷	<input type="checkbox"/> No revelado ⁰⁵
o. Dirección de correo electrónico: _____			
p. Número telefónico: _____ (Solo se le contactará en caso de información importante sobre los servicios)			
q. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en su hogar? (Seleccione todas las opciones que apliquen)			
<input type="checkbox"/> Inglés ⁰¹	<input type="checkbox"/> Español ⁰²	<input type="checkbox"/> Somalí ⁰³	<input type="checkbox"/> Vietnamita ⁰⁴
<input type="checkbox"/> Hindi/Urdu ⁰⁷	<input type="checkbox"/> Árabe ⁰⁸	<input type="checkbox"/> Otro: _____ ¹⁰	<input type="checkbox"/> Ruso ⁰⁵ <input type="checkbox"/> Mandarín ⁰⁶
r. ¿Cuál es su origen étnico? (Seleccione todo lo que corresponda)			
<input type="checkbox"/> Blanco/Anglo ⁰¹	<input type="checkbox"/> Asiático ⁰³	<input type="checkbox"/> Otro ¹⁰	
<input type="checkbox"/> Negro(a)/ Afroestadounidense ⁰⁵	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/Aleut/Esquimal ⁰⁷	<input type="checkbox"/> N/A (Ninguno) ⁰⁸	
<input type="checkbox"/> Hispano/latino ⁰²	<input type="checkbox"/> Mediorienta/norteafricano ⁰⁴	<input type="checkbox"/> Sin respuesta ⁰⁹	
<input type="checkbox"/> Indio estadounidense/Nativo estadounidense ⁰⁶		<input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico ¹¹	
s. ¿Se identifica como alguno de los siguientes? (Seleccione todos los que correspondan)			
<input type="checkbox"/> Discapacidad de desarrollo ⁰¹	<input type="checkbox"/> Embarazada ⁰⁴	<input type="checkbox"/> Veterano ⁰⁵	
<input type="checkbox"/> Discapacidad ⁰²	<input type="checkbox"/> Postparto ⁰⁷	<input type="checkbox"/> TEPT (PTSD) ¹³	<input type="checkbox"/> N/A (Ninguno) ¹¹
<input type="checkbox"/> Enfermedad mental ⁰³	<input type="checkbox"/> Madre lactante ⁰⁸	<input type="checkbox"/> Otro ¹⁰	<input type="checkbox"/> Sin respuesta ¹²

(Por favor voltee la hoja)..... (Data entry: switch to add household members then return to back side)

t. **¿Cuál es nivel de escolaridad más alto que completó?** (Seleccione uno)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Grados 0-8 ⁰¹ | <input type="checkbox"/> Educación post-secundaria (incompleta) ⁰⁵ | <input type="checkbox"/> Título universitario de cuatro años ⁰⁸ |
| <input type="checkbox"/> Grados 9-11 ⁰² | <input type="checkbox"/> Escuela de artes y oficios / Acreditación profesional ⁰⁶ | <input type="checkbox"/> Maestría ⁰⁹ |
| <input type="checkbox"/> Diploma de preparatoria (<i>high school</i>) ⁰³ | <input type="checkbox"/> Título universitario de dos años ⁰⁷ | <input type="checkbox"/> Doctorado ¹⁰ |
| <input type="checkbox"/> Examen General de Equivalencia a los Estudios Secundarios (<i>General Education Development Test</i> o GED) ⁰⁴ | | <input type="checkbox"/> Sin respuesta ¹¹ |

u. **¿Qué tipo de empleo tiene actualmente?** (Seleccione uno)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Militar ⁰¹ | <input type="checkbox"/> Tiempo completo ⁰⁷ | |
| <input type="checkbox"/> Trabajos múltiples ⁰² | <input type="checkbox"/> Medio tiempo ⁰⁸ | |
| <input type="checkbox"/> Estacional ⁰⁴ | <input type="checkbox"/> Jubilado ⁰³ | |
| <input type="checkbox"/> Por cuenta propia ⁰⁵ | <input type="checkbox"/> Otro ¹¹ | |
| <input type="checkbox"/> Estudiante de educación postsecundaria ⁰⁶ | <input type="checkbox"/> Ninguno ⁰⁹ | <input type="checkbox"/> Sin respuesta ¹⁰ |

v. **¿Cuál es su tipo de ingreso?** (Seleccione las principales fuentes de ingresos para su hogar)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trabajo de tiempo completo ⁰⁴ | <input type="checkbox"/> Manutención infantil ⁰⁹ | |
| <input type="checkbox"/> Trabajo de medio tiempo ⁰⁶ | <input type="checkbox"/> Jubilación o pensión ⁰⁸ | |
| <input type="checkbox"/> Trabajos múltiples ⁰⁵ | <input type="checkbox"/> Beneficios del Seguro Social ¹⁸ | |
| <input type="checkbox"/> Por jornada ⁰² | <input type="checkbox"/> Seguro Social por Incapacidad (<i>Social Security Disability Insurance</i> o SSDI) ¹⁹ | |
| <input type="checkbox"/> Trabajo agrícola o afín ⁰³ | <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (<i>Supplemental Security Income</i> o SSI) ²¹ | |
| <input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia ⁰⁷ | <input type="checkbox"/> Ayuda económica para estudiantes ¹¹ | |
| <input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo ¹² | <input type="checkbox"/> Fondos tribales ²⁵ | <input type="checkbox"/> Sin ingreso ⁰¹ |
| <input type="checkbox"/> Apoyo de familia/amigos ¹⁰ | <input type="checkbox"/> Compensación para trabajadores o SAIF ¹³ | <input type="checkbox"/> Sin respuesta ²³ |

w. **¿Su hogar recibe actualmente cualquiera de los siguientes?** (Seleccione todo lo que corresponda)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia de Energía (<i>Energy Assistance</i>) ¹⁴ | <input type="checkbox"/> Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) ²⁴ |
| <input type="checkbox"/> Programa de comidas escolares gratuitas y a precio reducido (<i>Free or Reduced Lunch</i>) ¹⁵ | <input type="checkbox"/> Ayuda para Veteranos o Fuerzas Armadas ¹⁶ |
| <input type="checkbox"/> Medicaid (Ej. Plan de Salud de Oregon en Oregon) ²² | <input type="checkbox"/> WIC (Asistencia para Mujeres, Bebés y Niños) ²⁰ |
| <input type="checkbox"/> Medicare ²⁶ | <input type="checkbox"/> SNAP (formalmente conocido como Vales de Alimentos/ Tarjeta Oregon Trail) ¹⁷ |

x. **¿Alguna persona de su hogar tiene consideraciones dietéticas?** (Seleccione todo lo que corresponda)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergia o sensibilidad a los productos lácteos ⁰¹ | <input type="checkbox"/> Alimentos bajos en sodio ⁰⁷ | <input type="checkbox"/> Alergia o sensibilidad a la soya ¹² |
| <input type="checkbox"/> Problemas dentales ⁰² | <input type="checkbox"/> No consume puerco ¹⁶ | <input type="checkbox"/> Alergia o sensibilidad a los frutos secos ¹³ |
| <input type="checkbox"/> Diabético ⁰³ | <input type="checkbox"/> Equipo de cocina limitado o inexistente ⁰⁸ | <input type="checkbox"/> Vegano ¹⁴ |
| <input type="checkbox"/> Alergia o sensibilidad a los huevos ⁰⁴ | <input type="checkbox"/> Otro ⁰⁹ | <input type="checkbox"/> Vegetariano ¹⁵ |
| <input type="checkbox"/> Alergia o sensibilidad al gluten ⁰⁵ | <input type="checkbox"/> Alergia a los cacahuates ¹⁰ | <input type="checkbox"/> Ninguno ¹⁷ |
| <input type="checkbox"/> Kosher / Halal ⁰⁶ | <input type="checkbox"/> Alergia o sensibilidad a los mariscos ¹¹ | |

Apellido del titular: _____ Nombre: _____

Miembros adicionales de la unidad familiar (Incluya cada persona con quien comparte este alimento a continuación y al dorso).

a. Apellido: _____		b. Nombre: _____	
c. Fecha de nacimiento: ___/___/___ (mm/dd/aaaa)		d. ¿Esta fecha de nacimiento es estimada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
i. ¿Asiste este miembro a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		j. Si dijo sí, ¿a cuál escuela? _____	
e. Género: <input type="checkbox"/> Femenino ₀₂ <input type="checkbox"/> Masculino ₀₁ <input type="checkbox"/> Transgénero ₀₃ <input type="checkbox"/> Otro ₀₅ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₀₄			
f. Esta persona es su... <input type="checkbox"/> Cónyuge ₀₁ <input type="checkbox"/> Pareja de unión consensual o de hecho (<i>Common-law</i>) ₀₉ <input type="checkbox"/> Hijo(a) ₀₂ <input type="checkbox"/> Padre o madre ₀₃ <input type="checkbox"/> Hermano(a) ₀₄ <input type="checkbox"/> Nieto(a) ₀₅ <input type="checkbox"/> Abuelo(a) ₀₆ <input type="checkbox"/> Otro pariente ₀₇ <input type="checkbox"/> Individuo bajo tutela ₁₄ <input type="checkbox"/> Novio(a) ₀₈ <input type="checkbox"/> Amigo/a ₁₀ <input type="checkbox"/> Compañero/a de vivienda ₁₃ <input type="checkbox"/> Otro ₁₂ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₁₁			
g. ¿Cuál es el origen étnico de esa persona? <input type="checkbox"/> Blanco/Anglo ₀₁ <input type="checkbox"/> Asiático ₀₃ <input type="checkbox"/> Negro / Afroestadounidense ₀₅ <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/ Aleut / Esquimal ₀₇ <input type="checkbox"/> Hispano/Latino ₀₂ <input type="checkbox"/> Indio estadounidense / Nativo estadounidense ₀₆ <input type="checkbox"/> Mediorienta/norteafricano ₀₄ <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico ₁₀ <input type="checkbox"/> Ninguno ₀₈ <input type="checkbox"/> Otro ₁₁ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₀₉			
h. ¿Esa persona se identifica como alguno de los siguientes?: <input type="checkbox"/> Discapacidad de desarrollo ₀₁ <input type="checkbox"/> Embarazada ₀₃ <input type="checkbox"/> Veterano ₀₉ <input type="checkbox"/> Ninguno ₀₈ <input type="checkbox"/> Discapacidad ₀₅ <input type="checkbox"/> Postparto ₀₇ <input type="checkbox"/> TEPT (PTSD) ₁₃ <input type="checkbox"/> No revelado ₁₂ <input type="checkbox"/> Enfermedad mental ₀₄ <input type="checkbox"/> Madre lactante ₁₁ <input type="checkbox"/> Otro ₁₀			
a. Apellido: _____		b. Nombre: _____	
c. Fecha de nacimiento: ___/___/___ (mm/dd/aaaa)		d. ¿Esta fecha de nacimiento es estimada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
i. ¿Asiste este miembro a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		j. Si dijo sí, ¿a cuál escuela? _____	
e. Género: <input type="checkbox"/> Femenino ₀₂ <input type="checkbox"/> Masculino ₀₁ <input type="checkbox"/> Transgénero ₀₃ <input type="checkbox"/> Otro ₀₅ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₀₄			
f. Esta persona es su... <input type="checkbox"/> Cónyuge ₀₁ <input type="checkbox"/> Pareja de unión consensual o de hecho (<i>Common-law</i>) ₀₉ <input type="checkbox"/> Hijo(a) ₀₂ <input type="checkbox"/> Padre o madre ₀₃ <input type="checkbox"/> Hermano(a) ₀₄ <input type="checkbox"/> Nieto(a) ₀₅ <input type="checkbox"/> Abuelo(a) ₀₆ <input type="checkbox"/> Otro pariente ₀₇ <input type="checkbox"/> Individuo bajo tutela ₁₄ <input type="checkbox"/> Novio(a) ₀₈ <input type="checkbox"/> Amigo/a ₁₀ <input type="checkbox"/> Compañero/a de vivienda ₁₃ <input type="checkbox"/> Otro ₁₂ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₁₁			
g. ¿Cuál es el origen étnico de esa persona? <input type="checkbox"/> Blanco/Anglo ₀₁ <input type="checkbox"/> Asiático ₀₃ <input type="checkbox"/> Negro / Afroestadounidense ₀₅ <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/ Aleut / Esquimal ₀₇ <input type="checkbox"/> Hispano/Latino ₀₂ <input type="checkbox"/> Indio estadounidense / Nativo estadounidense ₀₆ <input type="checkbox"/> Mediorienta/norteafricano ₀₄ <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico ₁₀ <input type="checkbox"/> Ninguno ₀₈ <input type="checkbox"/> Otro ₁₁ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₀₉			
h. ¿Esa persona se identifica como alguno de los siguientes?: <input type="checkbox"/> Discapacidad de desarrollo ₀₁ <input type="checkbox"/> Embarazada ₀₃ <input type="checkbox"/> Veterano ₀₉ <input type="checkbox"/> Ninguno ₀₈ <input type="checkbox"/> Discapacidad ₀₅ <input type="checkbox"/> Postparto ₀₇ <input type="checkbox"/> TEPT (PTSD) ₁₃ <input type="checkbox"/> No revelado ₁₂ <input type="checkbox"/> Enfermedad mental ₀₄ <input type="checkbox"/> Madre lactante ₁₁ <input type="checkbox"/> Otro ₁₀			
a. Apellido: _____		b. Nombre: _____	
c. Fecha de nacimiento: ___/___/___ (mm/dd/aaaa)		d. ¿Esta fecha de nacimiento es estimada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
i. ¿Asiste este miembro a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		j. Si dijo sí, ¿a cuál escuela? _____	
e. Género: <input type="checkbox"/> Femenino ₀₂ <input type="checkbox"/> Masculino ₀₁ <input type="checkbox"/> Transgénero ₀₃ <input type="checkbox"/> Otro ₀₅ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₀₄			
f. Esta persona es su... <input type="checkbox"/> Cónyuge ₀₁ <input type="checkbox"/> Pareja de unión consensual o de hecho (<i>Common-law</i>) ₀₉ <input type="checkbox"/> Hijo(a) ₀₂ <input type="checkbox"/> Padre o madre ₀₃ <input type="checkbox"/> Hermano(a) ₀₄ <input type="checkbox"/> Nieto(a) ₀₅ <input type="checkbox"/> Abuelo(a) ₀₆ <input type="checkbox"/> Otro pariente ₀₇ <input type="checkbox"/> Individuo bajo tutela ₁₄ <input type="checkbox"/> Novio(a) ₀₈ <input type="checkbox"/> Amigo/a ₁₀ <input type="checkbox"/> Compañero/a de vivienda ₁₃ <input type="checkbox"/> Otro ₁₂ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₁₁			
g. ¿Cuál es el origen étnico de esa persona? <input type="checkbox"/> Blanco/Anglo ₀₁ <input type="checkbox"/> Asiático ₀₃ <input type="checkbox"/> Negro / Afroestadounidense ₀₅ <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/ Aleut / Esquimal ₀₇ <input type="checkbox"/> Hispano/Latino ₀₂ <input type="checkbox"/> Indio estadounidense / Nativo estadounidense ₀₆ <input type="checkbox"/> Mediorienta/norteafricano ₀₄ <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico ₁₀ <input type="checkbox"/> Ninguno ₀₈ <input type="checkbox"/> Otro ₁₁ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₀₉			
h. ¿Esa persona se identifica como alguno de los siguientes?: <input type="checkbox"/> Discapacidad de desarrollo ₀₁ <input type="checkbox"/> Embarazada ₀₃ <input type="checkbox"/> Veterano ₀₉ <input type="checkbox"/> Ninguno ₀₈ <input type="checkbox"/> Discapacidad ₀₅ <input type="checkbox"/> Postparto ₀₇ <input type="checkbox"/> TEPT (PTSD) ₁₃ <input type="checkbox"/> No revelado ₁₂ <input type="checkbox"/> Enfermedad mental ₀₄ <input type="checkbox"/> Madre lactante ₁₁ <input type="checkbox"/> Otro ₁₀			

a. Apellido: _____		b. Nombre: _____	
c. Fecha de nacimiento: ___/___/___ (mm/dd/aaaa)		d. ¿Esta fecha de nacimiento es estimada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
i. ¿Asiste este miembro a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		j. Si dijo sí, ¿a cuál escuela? _____	
e. Género: <input type="checkbox"/> Femenino ₀₂ <input type="checkbox"/> Masculino ₀₁ <input type="checkbox"/> Transgénero ₀₃ <input type="checkbox"/> Otro ₀₅ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₀₄			
f. Esta persona es su... <input type="checkbox"/> Cónyuge ₀₁ <input type="checkbox"/> Pareja de unión consensual o de hecho (<i>Common-law</i>) ₀₉ <input type="checkbox"/> Hijo(a) ₀₂ <input type="checkbox"/> Padre o madre ₀₃ <input type="checkbox"/> Hermano(a) ₀₄ <input type="checkbox"/> Nieto(a) ₀₅ <input type="checkbox"/> Abuelo(a) ₀₆ <input type="checkbox"/> Otro pariente ₀₇ <input type="checkbox"/> Individuo bajo tutela ₁₄ <input type="checkbox"/> Novio(a) ₀₈ <input type="checkbox"/> Amigo/a ₁₀ <input type="checkbox"/> Compañero/a de vivienda ₁₃ <input type="checkbox"/> Otro ₁₂ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₁₁			
g. ¿Cuál es el origen étnico de esa persona? <input type="checkbox"/> Blanco/Anglo ₀₁ <input type="checkbox"/> Asiático ₀₃ <input type="checkbox"/> Negro / Afroestadounidense ₀₅ <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/ Aleut / Esquimal ₀₇ <input type="checkbox"/> Hispano/Latino ₀₂ <input type="checkbox"/> Indio estadounidense / Nativo estadounidense ₀₆ <input type="checkbox"/> Mediorienta/norteafricano ₀₄ <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico ₁₀ <input type="checkbox"/> Ninguno ₀₈ <input type="checkbox"/> Otro ₁₁ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₀₉			
h. ¿Esa persona se identifica como alguno de los siguientes?: <input type="checkbox"/> Discapacidad de desarrollo ₀₁ <input type="checkbox"/> Embarazada ₀₃ <input type="checkbox"/> Veterano ₀₉ <input type="checkbox"/> Ninguno ₀₈ <input type="checkbox"/> Discapacidad ₀₅ <input type="checkbox"/> Postparto ₀₇ <input type="checkbox"/> TEPT (PTSD) ₁₃ <input type="checkbox"/> No revelado ₁₂ <input type="checkbox"/> Enfermedad mental ₀₄ <input type="checkbox"/> Madre lactante ₁₁ <input type="checkbox"/> Otro ₁₀			
a. Apellido: _____		b. Nombre: _____	
c. Fecha de nacimiento: ___/___/___ (mm/dd/aaaa)		d. ¿Esta fecha de nacimiento es estimada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
i. ¿Asiste este miembro a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		j. Si dijo sí, ¿a cuál escuela? _____	
e. Género: <input type="checkbox"/> Femenino ₀₂ <input type="checkbox"/> Masculino ₀₁ <input type="checkbox"/> Transgénero ₀₃ <input type="checkbox"/> Otro ₀₅ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₀₄			
f. Esta persona es su... <input type="checkbox"/> Cónyuge ₀₁ <input type="checkbox"/> Pareja de unión consensual o de hecho (<i>Common-law</i>) ₀₉ <input type="checkbox"/> Hijo(a) ₀₂ <input type="checkbox"/> Padre o madre ₀₃ <input type="checkbox"/> Hermano(a) ₀₄ <input type="checkbox"/> Nieto(a) ₀₅ <input type="checkbox"/> Abuelo(a) ₀₆ <input type="checkbox"/> Otro pariente ₀₇ <input type="checkbox"/> Individuo bajo tutela ₁₄ <input type="checkbox"/> Novio(a) ₀₈ <input type="checkbox"/> Amigo/a ₁₀ <input type="checkbox"/> Compañero/a de vivienda ₁₃ <input type="checkbox"/> Otro ₁₂ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₁₁			
g. ¿Cuál es el origen étnico de esa persona? <input type="checkbox"/> Blanco/Anglo ₀₁ <input type="checkbox"/> Asiático ₀₃ <input type="checkbox"/> Negro / Afroestadounidense ₀₅ <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/ Aleut / Esquimal ₀₇ <input type="checkbox"/> Hispano/Latino ₀₂ <input type="checkbox"/> Indio estadounidense / Nativo estadounidense ₀₆ <input type="checkbox"/> Mediorienta/norteafricano ₀₄ <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico ₁₀ <input type="checkbox"/> Ninguno ₀₈ <input type="checkbox"/> Otro ₁₁ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₀₉			
h. ¿Esa persona se identifica como alguno de los siguientes?: <input type="checkbox"/> Discapacidad de desarrollo ₀₁ <input type="checkbox"/> Embarazada ₀₃ <input type="checkbox"/> Veterano ₀₉ <input type="checkbox"/> Ninguno ₀₈ <input type="checkbox"/> Discapacidad ₀₅ <input type="checkbox"/> Postparto ₀₇ <input type="checkbox"/> TEPT (PTSD) ₁₃ <input type="checkbox"/> No revelado ₁₂ <input type="checkbox"/> Enfermedad mental ₀₄ <input type="checkbox"/> Madre lactante ₁₁ <input type="checkbox"/> Otro ₁₀			
a. Apellido: _____		b. Nombre: _____	
c. Fecha de nacimiento: ___/___/___ (mm/dd/aaaa)		d. ¿Esta fecha de nacimiento es estimada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
i. ¿Asiste este miembro a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		j. Si dijo sí, ¿a cuál escuela? _____	
e. Género: <input type="checkbox"/> Femenino ₀₂ <input type="checkbox"/> Masculino ₀₁ <input type="checkbox"/> Transgénero ₀₃ <input type="checkbox"/> Otro ₀₅ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₀₄			
f. Esta persona es su... <input type="checkbox"/> Cónyuge ₀₁ <input type="checkbox"/> Pareja de unión consensual o de hecho (<i>Common-law</i>) ₀₉ <input type="checkbox"/> Hijo(a) ₀₂ <input type="checkbox"/> Padre o madre ₀₃ <input type="checkbox"/> Hermano(a) ₀₄ <input type="checkbox"/> Nieto(a) ₀₅ <input type="checkbox"/> Abuelo(a) ₀₆ <input type="checkbox"/> Otro pariente ₀₇ <input type="checkbox"/> Individuo bajo tutela ₁₄ <input type="checkbox"/> Novio(a) ₀₈ <input type="checkbox"/> Amigo/a ₁₀ <input type="checkbox"/> Compañero/a de vivienda ₁₃ <input type="checkbox"/> Otro ₁₂ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₁₁			
g. ¿Cuál es el origen étnico de esa persona? <input type="checkbox"/> Blanco/Anglo ₀₁ <input type="checkbox"/> Asiático ₀₃ <input type="checkbox"/> Negro / Afroestadounidense ₀₅ <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska/ Aleut / Esquimal ₀₇ <input type="checkbox"/> Hispano/Latino ₀₂ <input type="checkbox"/> Indio estadounidense / Nativo estadounidense ₀₆ <input type="checkbox"/> Mediorienta/norteafricano ₀₄ <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico ₁₀ <input type="checkbox"/> Ninguno ₀₈ <input type="checkbox"/> Otro ₁₁ <input type="checkbox"/> Sin respuesta ₀₉			
h. ¿Esa persona se identifica como alguno de los siguientes?: <input type="checkbox"/> Discapacidad de desarrollo ₀₁ <input type="checkbox"/> Embarazada ₀₃ <input type="checkbox"/> Veterano ₀₉ <input type="checkbox"/> Ninguno ₀₈ <input type="checkbox"/> Discapacidad ₀₅ <input type="checkbox"/> Postparto ₀₇ <input type="checkbox"/> TEPT (PTSD) ₁₃ <input type="checkbox"/> No revelado ₁₂ <input type="checkbox"/> Enfermedad mental ₀₄ <input type="checkbox"/> Madre lactante ₁₁ <input type="checkbox"/> Otro ₁₀			